

## „ПРЕДВАРИТЕЛНО РЕШЕНИЕ“ – ОПИТ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА ЗАВЕЩАНИЕТО „LIVING WILL“ В БЪЛГАРИЯ

П. Манчева

## “PRELIMINARY DECISION” – AN ATTEMPT TO INITIATE THE TESTAMENT “LIVING WILL” IN BULGARIA

P. Mancheva

**Резюме.** Признаването на живота като най-висша ценност в световен мащаб се противопоставя на правото на достойна смърт и поставя редица нерешени проблеми пред палиативната медицина у нас. Въвеждането на клинична пътека №297 води след себе си необходимостта от юридическо оформяне на волеизявлението, отнасящо се до разпореждането със собствения живот. „Предварителното решение“, като част от информираното съгласие на пациента, поставя за решаване юридическия казус за неговата правна сила. В Република България съществува забрана за прилагане на евтаназия във всичките ѝ форми, което обезсмисля обективизирането на волеизявлението на пациента, пожелал прекратяване на животоподдържащо лечение (пасивна евтаназия).

**Summary.** The recognition of life as the supreme value worldwide contradicts with the human right to die with dignity and raises a number of unresolved issues to palliative medicine in our country. The administration of clinical pathway №297, entails the need of a legal form of expression, concerning the disposition with one's life. The „Preliminary decision“, as part of patient's informed consent, poses a judicial case to be solved, concerning it's legal value. The existing ban on all forms of euthanasia, in Republic of Bulgaria, makes patient's decision unreasonable, in case he declares his will for termination of life-supportive treatment, e.g. passive euthanasia.

**Key words:** palliative medicine, patients rights, euthanasia

### Въведение

Промените в здравната система, настъпили след влизането на Република България в Европейския съюз, налагат преосмисляне на правосъзнанието на българските граждани, свързано с правото на живот и с правото на достойна смърт. Евтаназията в правото отразява позицията на обществото и неговото отношение към живота и смъртта. У нас генералният интерес на държавата и обществото от защита на човешкия живот се гарантира в разпоредбата на чл. 28 от Конституцията на Република България [3]. В него посегателството върху човешкия живот се определя като едно от най-тежките престъпления.

Вниманието към проблема „евтаназия“ в България е предизвикано от факта, че нашето общество все по-често се сблъсква с необходимостта от обслужване на пациенти, страдащи от заболявания с вероятен фатален и мъчителен изход. Тяхното ниско качество на живот, съчетано с депресивен епизод, би могло да доведе до необоснована молба за прилагане на евтаназия. В действителност липсата на възможност за продължаване на живота с достойнство поставя дилемата за това, кое е по-хуманно – да се поддържа живота на всяка цена или да се помогне на болния безболезнено да напусне този свят?

Един от ключовите моменти за юридическото решаване на тази дилема е свързан с правното уреждане на „living will“/„advance directive for physicians“ – документ, който съдържа волеизявлението на лицето да не се продължава изкуствено неговия живот посредством животоподдържащи средства – вливания, хранене през сонда, диализа, електрошок и др.

### Завещанието „living will“ в световния опит

В световната практика „living will“ (завещание за разпореждане с живота) е най-старият вид „advance directive“, добил популярност в здравеопазването. Юридическото му оформяне изисква двама свидетели и нотариална заверка. В документа се описва подробно с кои процедури болният е съгласен, кои не желае да бъдат прилагани в никакъв случай и кои да се използват само в определени ситуации. Например

advance directive може да наименува случаите, при които човекът е съгласен с електрошокова терапия (обикновено се използва в психиатрични болници за много тежки психически заболявания) или да заяви, че въобще не е съгласен с подобно лечение. Може да обяви, че в никакъв случай не желае да се предприемат животоспасяващи действия, ако дишането или сърцето му спрат да работят, или пък да изброи точните ситуации, при които е съгласен да бъде реанимиран. Лицето има правото да заяви, че иска животът му да бъде поддържан изкуствено за неограничен период от време или точно обратното – да откаже такива мерки, ако двама лекари, познаващи здравословното му състояние обявят, че мозъкът му няма да се възстанови.

Друга много важна клауза в един living will е наименуването на близък, който да е отговорен за решенията, свързани със здравословното състояние на човека, ако подписалият директивата внезапно не може да говори с лекарите си или да взема решения, свързани с животоспасяващи ситуации. Изключително важно относно поемане на отговорността за операции или животоподдържащо лечение е да бъдат назовани поне две лица, които не живеят под същия покрив. Например – съпругата е първа по ред, а майката или братът – втори.

Действително световната практика в държавите, в които е разрешена евтаназията познава съществуването на „living will“. Още преди повече от 50 години в САЩ получава разпространение особен вид завещание, което подлежи на изпълнение преди физическата смърт на подписалото го лице. В много от щатите [8, 9] е предвидена възможността единият съпруг да вземе решение за прекратяване или продължаване на живота на другия съпруг, когато последният се намира в безнадеждно състояние. Американското законодателство допуска изготвянето на такива завещания, като в някои щати се изисква те да бъдат периодично потвърждавани, като на „завещателя“ е разрешено по всяко време да отмени това завещание.

Характерно е, че тези завещания са адресирани до лекари, затова и често се наричат „advanced directives for physicians“. В тях се посочват името или имената на лица, които могат да вземат решение за провеждане или прекратяване на процедурите, които поддържат човешкия живот.

Най-често на изпълнение подлежат „living will“ на болни, които се намират в терминален стадий на неизлечима болест. На американците им е признато и правото да се ползват от подкрепата на своите близки при решаване на подобни въпроси – дори и без да имат такова „завещание“. Това може да стане само в случай, че липсва мозъчна дейност и че тя не може да бъде възстановена. В тези случаи също се приема, че се реализира правото на смърт. Към момента възможността да се създаде подобно „завещание“ е призната във всичките 50 щата, както и във федералния окръг Колумбия, Калифорния, Вашингтон и Монтана.

Във Франция на 22.04.2005 г. е приет Закон „Леонети“ за правото на смърт на тежко болните. Този закон забранява терапевтична намеса, посочва приложението на палиативна терапия и регулира т.н. „биологично“ завещание. Същевременно дава правото на гражданина предварително да изрази своята воля. На практика този закон разрешава пасивната евтаназия. Френският Сенат изтъква необходимостта от предварително установяване на готовността на обществото да законодателства относно признаването на правото на смърт, поради което отхвърля проектозакон за „асистирана смърт“ на 25.01.2011 г. Във френската правна система понастоящем активната евтаназия е забранена и лекарите нямат право да изписват медикаменти, които биха довели до летален изход [7, 12].

През 2009 г. пасивната евтаназия се легализира в Германия. Същевременно активната евтаназия остава забранена. Правителството на Германия приема закон, който дава право на гражданите да подписват приживе завещание, с което да се разпоредят за прекратяване на живота им в случай на животозастрашаваща неизлечима болест. Такова „завещание за разпореждане с живота“ съдържа информация за това, каква помощ желае да получи човек, когато болест или травма не му позволява да изкаже волята си. Законът, получил поддржката на „Социалдемократическата партия“, на „Свободната демократична партия“ и „Партията на зелените“ бил приет с 317 гласа „за“ и 233 – „против“. Съгласно този закон, лечението трябва да бъде прекратено, дори когато състоянието на пациента не е претърпяло необратими промени. Според проучвания почти всички написани завещания в Германия (около девет милиона) придобиват юридическа сила след въвеждане на този закон. В повечето от случаите те съдържат разпореждания за отказване от животоподдържащи средства в случай на невъзможност за оздравяване [13]. Съгласно този закон, ако роднините на болния и лекарите се разминават в мненията си по тълкуване на този документ, окончателното решение се взема от съда.

Парламентът на Люксембург приема закон за евтаназията през март 2009 г., съгласно който волята на болния за прекратяване на живота му се удовлетворява след съгласието на двама лекари и комисия от експерти. Преди да се приеме този закон парламентът променя конституцията с цел намаляване на пълномощията на монарха. Повод за това дава категоричният отказ на великия херцог Анри да подпише новия закон.

### **„Предварително решение“ – неотменна част от документацията по клинична пътека №297 „Палиативни грижи за онкологично болни“**

В преамбюла на Конституцията на Република България са провъзгласени принципите на хуманизъм, демократизъм и свобода на личността, което се тълкува от редица автори като възможност на гражданите да се разпореждат с правото си на живот, респективно с правото на смърт.

От друга страна чл.115 и чл.127 от Наказателния кодекс [4] определят наказателна отговорност за асистирано

самоубийство и участие на трети лица в акта на смъртта, което се тълкува като противоречие между основни нормативни документи и поставя началото на правната дискусия „за“ или „против“ евтаназията у нас.

Законодателството на Република България към настоящия момент не съдържа специален закон, който нормативно да урежда евтаназията, тъй като законопроектът за Закон за евтаназията от 27.06.2011 г. не бе гласуван от Народното събрание [2]. Предходните дебати от 2004 г. и 2006 г., както и заседанието на Гражданския конвент за промени в Конституцията през май 2005 г., целият създаване на про-странство за дискусия по проблема у нас, но тя се провежда изцяло в парламента и не се съпровожда от широко обществено обсъждане.

Л. Корнезов, вносител на законопроектът за Закон за евтаназията в Република България, предлага процедурата по нейното прилагане да включва:

- ▶ писмена и нотариално заверена молба;
- ▶ молбата да се разглежда от комисия;
- ▶ комисията заседава в пълен състав и приема решението си с единодушие (чл.8 и чл.9);
- ▶ съдебен контрол (чл.10 и чл.11).

В законопроектът се предвижда осъществяване на принудителна евтаназия при тези пациенти, които предварително не са изразили своята воля и се намират в безсъзнателно състояние, като в тези случаи решението зависи от близките на болния (чл. 3 и чл. 5).

Д. Зиновиева, на заседание на Гражданския конвент, изразява своето становище относно законодателното решение на евтаназията, което следва да се основава на обществен консенсус, определящ специална процедура [1]:

- ▶ решение на съда;
- ▶ медицинска експертиза от екипа, който лекува лицето;

- ▶ медицинска експертиза от психиатър;
- ▶ удостоверение за съзнателната воля на лицето.

И в двата случая не се говори за същността и съдържанието на „living will“/„advance directive“, а по-скоро се обсъжда процедурата за осъществяване на евтаназия след предварително изявено устно желание на пациента. Единственият пример за приложението на предварителни указания за лечение (ПУЛ) (advance directives for health care) в Република България е документът „Предварително решение“ (ПР) като неотменна част от документацията по клинична пътека (КП) №297 „Палиативни грижи за онкологично болни“ (ПГ/ОБ) [5, 11].

ПР в голяма степен се доближава до юридическата същност на „living will“, тъй като в част 2 „Моята воля за живот“ се дава възможност на пациента да направи волеизявление относно целите на грижите, ако:

- ▶ е в терминално непроменливо вегетативно състояние без никаква надежда за подобрение;
- ▶ е в състояние да не разпознава и говори със семейството/приятелите;
- ▶ не е в състояние да живее самостоятелно и трябва да живее в институция (лечебно заведение);
- ▶ трябва да прекара на легло остатък от живота си;
- ▶ не е в състояние да се грижи за себе си (обличане, къпане и т.н.);
- ▶ не може да се храни през устата и храната и водата трябва да бъдат давани чрез сонда.

В същата част 2 на „Предварително решение“ се предвижда възможност пациентът да направи избор за лечение и по-точно да се откаже от животоподдържащо лечение:

- ▶ „Не желая да се започва животоподдържащо лечение. Ако е започнат някакъв вид такова лечение, желая то да бъде спряно“;

► „Желая да бъде започнато временно животоподдържащо лечение, ако не покажа признаци за възстановяване, искам то да бъде спряно“;

► „Аз не желая да бъда хранен/а със сонда, ако това ще бъде основното лечение, което ме поддържа жив/а. Ако ми бъде сложена сонда за хранене, искам тя да бъде махната“;

► „Искам да ми бъде поставена сонда за хранене временно; ако не покажа признаци на възстановяване, тогава искам тя да бъде махната“;

► „Искам изкуствено хранене и хидратиране, дори ако то е основното лечение, което ме поддържа жив/а да бъдат спрени“.

В част 4 „Подписи“ се предвиждат подписите на пациента и на двама свидетели, като изрично се казва, че не е необходима нотариална заверка на „Предварително решение“. Към свидетелите са поставени изискванията да са удостоверят, че:

► лицето, което е подписало това предварително решение е със здрав разум;

► лицето е подписало или удостоверило това предварително решение в тяхно присъствие;

► той/тя не го прави под натиск, под принуда, под заплаха или незаконно въздействие;

► не са свързани с болния чрез кръвна връзка, брак или осиновяване;

► не са споменати в неговото/нейното завещание;

► не са лицето, посочено в това предварително решение;

► не са лице, предлагащо здравни грижи или пък служител на лице, предлагащо здравни грижи, което сега или в миналото е било отговорно за грижите за лицето, правещо това предварително решение;

► са на възраст над 18 г.

При това се дава възможност болният да се подпише и да го предаде на лекаря, дори и ако не може да намери свидетели. Такъв „механистичен“ подход към документа ПР и съществуващата практика по неговото приложение според Ю. Маринова са по-скоро „увреждащи“ интересите и правата на онкологично болните в терминален стадий, отколкото подкрепяща същите [6, 10]. В този смисъл са и резултатите от проведеното на територията на гр. Стара Загора проучване сред лекарите на онкоболни пациенти и анализ на досиетата на последните, които се обединяват около становището, че това е „лоша практика“, която трябва да се преустанови.

Изискването за отговор на въпросите, поставени в него от страна на терминално болния пациент, поставя лекарите пред нов медицинско-правен казус. Изпълняването на волята на пациента за спиране на животоподдържащите средства ще доведе до наказателна отговорност за бездействие и лекарска небрежност. Несъобразяването с изложената воля от друга страна ще доведе до пълната безпредметност на тази част от информираното съгласие на пациента, което

неизбежно поставя въпроса за отпадането му от изискуемата документация по гореспоменатата клинична пътека.

## Заклучение

Конституционно гарантираното право на живот в Република България напълно кореспондира с липсата на специален закон, легализиращ евтаназията и забраната за нейното прилагане в Закона за здравето. Това автоматично обезсмисля поставянето на въпроса за завещание на пациента приживе, с което той да се разпорежи с правото си на живот. Дори нещо повече – не оправдава юридическото му присъствие в „Предварително решение“ от клиничната пътека №297. Световната практика с „living will“ показва, че то има юридическо действие само в държавите, в които евтаназията е правно регулирана. Понастоящем Република България не е сред страните, легализирали евтаназията, поради липсата на обществено правно съзнание, което да налага това. Това прави неправомерно въвеждането на документ като „Предварителното решение“ в изискуемата документация по клинична пътека №297.

## Библиография

1. Гражданският конвент за промени в конституцията. Евтаназията – възможна ли е легализацията ѝ в България? Институт „Отворено общество“, София, 2005.
2. Законопроект на Закон за евтаназията, 2011, [www.parlament.bg](http://www.parlament.bg).
3. Конституция на Република България. Държавен вестник (официално издание на Народно събрание), бр.56 от 13.06.1991, в сила от 13.07.1991/последни промени: Държавен вестник, бр.12 от 06.02.2007.
4. Наказателен кодекс на Република България. Държавен вестник (официално издание на Народно събрание), бр.26 от 02.04.1968/последни промени: Държавен вестник, бр.60 от 07.08.2012.
5. Национален рамков договор. Клинична пътека №297 „Палиативни грижи при онкологично болни“, „Предварително решение“, 2013.
6. Маринова Ю., Б. Парашкевова, Св. Димитрова, Г. Петрова, Г. Чамова, К. Пеева, Предварителното решение на пациента в българската клинична практика – резултати от емпирично проучване. Юбилейна научна конференция с международно участие „Здравеопазването през 21 век“ 2010 г., доклади, ИЦ на МУ – Плевен, 2010, 531-534.
7. Burgermeister J. French parliamentary committee advocates passive euthanasia. BMJ, 2004, 329(7464):474; 250.
8. Duncan, O. D. Trends in Public Approval of Euthanasia and Suicide in the US, 1947-2003. Journal of Medical Ethics, 2006, 32(5):266-272.
9. Manninen, B. Revisiting Justified Nonvoluntary Euthanasia. American Journal of Bioethics, 2008, 8(11): 33-35.
10. Marinova J., Sv. Dimitrova, K. Benkova, B. Parashkevova, G. Chamova, G. Petrova, D. Hristova, Patient's Rights Expanding Through the Advanced Directives for Health Care and the Bulgarian Reality, The Trakia Journal of Sciences, The Scientific Serial of The Trakia University, Vol. 8, supplement 2, 2010: 466-470.
11. Parashkevova B., J. Marinova, G. Petrova, Sv. Dimitrova, K. Benkova, G. Chamova, N. Nedzhetova, Advanced Health Care Directives – a Document of Clinical Pathway in Bulgaria: Is This Compatible to the Bulgarian Legislation?, The Trakia Journal of Sciences, The Scientific Serial of The Trakia University, Vol. 8, supplement 2, 2010: 476-479.
12. Peretti-Wattel, P., M. K. Bendiane, J. P. Moatti. Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. Soc.Sci.Med., 2005, 60:1781-1793.
13. Principles of the German Medical Association Concerning Terminal Medical Care. Journal of Medicine and Philosophy, 2000, 25(2):254-258.

## Автор

Гл. адм. асистент д-р Параскева Манчева, дм, МБАЛ „Св. Марина“, Катедра „Обща медицина и клинична лаборатория“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ „Проф. Д-р Параскев Стоянов“, Варна, e-mail: [p\\_mancheva@abv.bg](mailto:p_mancheva@abv.bg)

Бързо отваряй очи, бавно отваряй уста.  
Ако ядеш по малко винаги ще имаш апетит.  
Мъката излиза из устата, а болестта влиза през устата.  
Застоят на кръвта води до болест, застой на мисълта – към глупост.

Сто болести идват от простуда.  
Мъдрият човек предотвратява болестите, а не се лекува от тях.

„Източни мъдрости, пословици и поговорки“  
ДИ „д-р Петър Берон“, 1984, 312 с.